

訪問診療 チェックシート

お電話での受付の後、訪問診療チェックシート・診療情報提供書のFAXをお願いいたします。
FAXが届き次第、相談員よりご連絡させていただき、面談日を調整させていただきます。

*** FAX送付先：079-276-8087** (☎お問い合わせ TEL：079-276-8086)

受付日 年 月 日

ご依頼（医療機関名/部署名/事業所名/氏名）		ご依頼TEL:	
ふりがな		性別	男 ・ 女
患者様氏名			
生年月日（歳）	M・T・S・H 年 月 日 （ 歳）		
住所	〒 - □ 独居		
電話（家族携帯）	(続柄 ())		
ご相談内容 病名等			
現在の状況	入院中・通院中（ひと月 日通院）	退院予定日： 月 日	
	病院名：		
処置	□人工呼吸器（HMV） □酸素（HOT） □胃瘻（PEG） □経鼻胃管（NEG）		
	□中心静脈栄養（IVH） ポート 有・無 □気切 □褥瘡 □腹膜透析		
	□インスリン □尿カテ □その他（ ）		
介護状況	キーパーソン：	続柄：	□同居
在宅	ケアマネ	事業所：	ご担当者様： TEL：
サービス	訪問看護	事業所：	ご担当者様： TEL：
	デイサービス	事業所：	利用日（ ）
保険制度	医療保険	1・2・3 割負担	限度額適用認定証：有・無
	介護保険	1・2 割負担	要介護： 申請中・未申請
	身体障害	級	一部負担助成：有・無
	その他公費等	生活保護・難病	その他（ ）

⑨当院では、自宅での輸血は行っておりません。

ソラーレクリニック太子
院長 八十川直哉